

2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 février 1899, à 1 heure

Par WINTREBERT (PAUL)

Né à Lille, le 28 juillet 1867

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE

DE

LA LUXATION LATÉRO-CUBITALE DE L'AURICULAIRE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur,

GLEY, } *agregés.*

FAURE, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 février 1899, à 1 heure

Par WINTREBERT (PAUL)

Né à Lille, le 28 juillet 1867

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE

DE

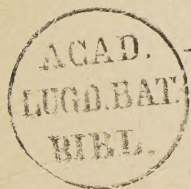
LA LUXATION LATÉRO-CUBITALE DE L'AURICULAIRE

Président : M. PAUL BERGER, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur,

GLEY, } *agrégés.*

FAURE, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	{ LANNELONGUE
Histologie.....	{ CORNIL.
Opérations et appareils.....	{ MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	{ TERRIER.
Thérapeutique.....	{ POUCHET.
Hygiène.....	{ LANDOUZY.
Médecine légale.....	{ PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	{ BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	{ N...
Clinique médicale.....	{ CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	{ POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{ JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	{ HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ DIEULAFOY
Clinique chirurgicale.....	{ GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	{ FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	{ JOFFROY.
Clinique d'accouchements.....	{ RAYMOND
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
	{ PANAS.
	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR WINTREBERT

VICE-DOYEN DE LA FACULTÉ CATHOLIQUE DE MÉDECINE DE LILLE

A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance et de tendresse filiale.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES

Hommage de mon affection et de ma reconnaissance la plus vive pour l'honneur qu'ils m'ont fait en m'acceptant comme élève, pour toutes les leçons que j'ai reçues d'eux et l'exemple qu'ils m'ont montré.

M. LE DOCTEUR PRENGRUEBER †

CHIRURGIEN DE LA MAISON DUBOIS.

(Internat 1894)

M. LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHANT

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BOUCICAUT.

(Internat 1895)

Qui m'a fait apprécier la haute valeur d'un enseignement clinique clair et précis et m'a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

M. LE DOCTEUR BAZY

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON.

(Internat 1896)

Je lui sais gré de l'initiative qu'il a bien voulu me laisser avec une bonté et une indulgence constantes ; je le remercie de m'avoir confié la direction de son laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie, pendant l'année 1896 et de m'avoir fait profiter de sa science et de sa grande expérience des maladies des voies urinaires.

M. LE PROFESSEUR BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA PITIÉ.

(Internat 1897)

Dans le remarquable service qu'il dirige avec une ardeur scientifique incomparable, j'ai suivi son enseignement quotidien et ses leçons cliniques si savantes et si appréciées.

Il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et je lui offre ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUÉ A MON INSTRUCTION
MÉDICALE.

M. le professeur GUYON, M. le D^r PERIER, M. le D^r PEY-
ROT, M. le D^r POIRIER, M. le D^r TUFFIER, M. le D^r OULMONT,
M. le D^r CHAPUT, M. le D^r GUINARD, M. le D^r DEMOULIN,
MM. les professeurs DURET, DESPLATS et ROGIE, de Lille.

Je garde un pieux souvenir à mes regrettés maîtres :
VIDAL, CHARCOT et G. SÉE.

AVANT-PROPOS

La luxation cubitale du cinquième doigt d'origine traumatique, qui fait l'objet de ce travail, a été observée par nous au mois de novembre 1897 à l'hôpital de la Pitié ; la singularité du fait, pressentie, et bientôt confirmée par les recherches bibliographiques qui nous montrèrent qu'elle constituait dans la science un fait unique nous engagea, après en avoir consigné attentivement les caractères, à rechercher par l'expérimentation et la dissection le mécanisme de sa production et les lésions qui en étaient le résultat. Après quelques tâtonnements infructueux, nous arrivâmes à reproduire à l'amphithéâtre d'une façon sûre la déformation observée sur le vivant ; la constance des mêmes désordres articulaires et péri-articulaires, la répétition de la même déviation du cinquième doigt obtenue par l'application d'une violence agissant de façon toujours identique, nous prouva la stabilité de la lésion par rapport à la cause et nous engagea à faire de la relation du fait et des expériences cadavériques qu'il a provoquées le sujet de cette étude.

Le plan de ce travail est tout tracé.

Nous exposerons d'abord le fait observé.

Nous rappellerons les détails anatomiques propres à faire mieux comprendre le mécanisme de sa production.

Le troisième chapitre sera consacré à l'expérimentation.

Le quatrième marquera par la dissection l'état de l'articulation et des organes qui l'entourent à chaque temps du mécanisme.

Nous avons cherché dans la littérature médicale, ne trouvant pas d'observation semblable à la nôtre, les faits de luxation latérale des autres doigts, afin de comparer leur mécanisme et leurs lésions, aux résultats de nos expériences : ces faits de luxation latérale vraie des doigts sont très rares, et souvent on appelle luxations latérales des variétés de luxations palmaires ou dorsales. M. Polaillon dans l'article « Doigt » du *Dictionnaire encyclopédique* paru en 1884, ne signale aucune luxation latérale métacarpo-phalangienne.

Nous relatons et nous discutons dans un dernier chapitre un cas de luxation latérale externe vraie du pouce de Bessel Hagen (1889), le premier en date certainement ; le seul que nous connaissons ; ce cas présente avec le nôtre des analogies que nous mettons en valeur.

Nous ne faisons que signaler ici un cas de luxation latérale de l'annulaire gauche, rapporté par le D^r Isambart en 1889 (1) ; la simple narration du fait ne permet pas d'en soupçonner le mécanisme.

(1) *Normandie médicale*, 15 août 1889.

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique.

OBSERVATION (Personnelle).

Joseph René F..., cocher, âgé de 55 ans, se présente à 9 heures du soir à l'hôpital de la Pitié, le 3 novembre 1897, deux heures après la bagarre où il fut blessé ; il donne peu d'explications ; il est cependant affirmatif sur un point qui nous intéresse plus particulièrement : son adversaire s'était emparé de sa main gauche qu'il meurtrissait, et c'est pendant cette manœuvre que le petit doigt fut tordu.

Voici l'aspect de la main :

Le pouce, l'indicateur, le médius et l'annulaire sont rouges, contus, et présentent quelques ecchymoses superficielles ; leurs rapports sont normaux ; ils se trouvent, le pouce excepté, en position d'extension presque complète.

Le petit doigt est raccourci ; il est tordu de telle sorte que sa face dorsale est devenue interne, sa face palmaire externe ; son extrémité unguéale est rejetée en dehors par dessus la première phalange de l'annulaire qu'il domine et sur laquelle il repose par la face interne de la phalange ; celle-ci ne dépasse l'interligne de l'articulation phalango-phalangienne du 4^e doigt que d'un demi-centimètre environ.

La phalangine de l'auriculaire est en demi-flexion sur

la phalange ; la phalangelette, en extension, continue la direction de la phalangine.

Le bord cubital de la main présente à l'union du 1/3 inférieur et du 1/3 moyen une encoche profonde en coup de



Fig. 1.

hache, nettement visible malgré la tuméfaction de la main. Par comparaison avec le côté sain, on note un élargissement transversal notable de cette partie inférieure et interne. Au-dessus de l'encoche, le bord cubital, au lieu

d'être saillant, charnu, arrondi, se montre plat, large, effacé ; la masse musculaire hypothénar ne déborde plus largement le 4^e métacarpien, mais se cache en avant de lui. Le dernier espace inter-phalangien est sensiblement remonté ; de cet espace partent deux plis courbes profonds de la peau, qui, se dirigeant en dedans, passent sur la face dorsale du petit doigt et la brident.

La face palmaire de la main présente un soulèvement limité dans sa partie inférieure et interne vers le bord cubital.

Si l'on suit par le palper le squelette du petit doigt, commençant par son extrémité unguéale pour terminer à son extrémité métacarpienne, on s'aperçoit que celle-ci finit brusquement au niveau de l'encoche du bord cubital précédemment signalée, et a perdu tout rapport articulaire avec la tête du métacarpien ; celle-ci se retrouve au fond de l'espace inter-phalangien élargi ; elle le comble et y forme un plan résistant ; la phalange remontée, refoulée, chevauche la face interne du métacarpien et se dirige non seulement en haut, mais aussi en avant de façon que sa glène articulaire vient saillir légèrement à la paume de la main.

Le 5^e métacarpien n'est pas lésé ; sa face dorsale est sur le même plan que les faces dorsales des autres métacarpiens voisins.

En avant la base de la 1^{re} phalange du 5^e doigt dépasse le plan transversal antérieur du gril métacarpien.

La flexion des trois doigts du milieu, essayée par le malade, est douloureuse, parce qu'elle entraîne des mouvements légers du petit doigt ; le malade remet aussitôt ses doigts dans la position d'extension primitive.

L'auriculaire est fixé dans sa situation anormale, et tout essai de déplacement est douloureux. Il est remarquable que la position de l'auriculaire, loin d'être indifférente, soit invariable et fixe, qu'il n'existe aucun mouvement de latéralité de la première phalange prise entre deux doigts pour l'essai de cette mobilité, et que toute tentative de redressement de la seconde phalange détermine une douleur vive.

Il existe de l'endolorissement spontané de la région ; au moment de notre examen, le malade se plaint de fourmillements « d'onglée », à l'extrémité du doigt.

Mensuration.

1° *Longueur des 5^{es} métacarpiens :*

De la tête à la base 5 cent.

2° *Longueur des 5^{es} doigts :*

De l'extrémité dorsale du pli interdigital (1) à l'extrémité unguéale du doigt.

Côté malade 5 cent.

Côté sain 7 cent. 5

La distance qui sépare le pli transversal de l'espace interphalangien (côté malade) de l'encoche du bord cubital, mesure très exactement 2 centimètres 5 ; elle complète donc la longueur réelle du doigt.

3° Largeur mesurée de la face dorsale du 4^e métacarpien (*bord interne*) au bord cubital de la main dans son tiers inférieur.

Côté sain 3 cent.

Côté malade 4 »

(1) L'extrémité dorsale du pli interdigital du côté sain correspondait chez le malade à l'interligne articulaire métacarpo-phalangien.

Réduction. — L'avant-bras et le poignet sont immobilisés par un aide.

La main gauche de l'opérateur embrasse et fixe les métacarpiens en particulier le cinquième, tandis que la main droite saisit le petit doigt tout entier jusqu'à la base de la première phalange ; celle-ci est accrochée par le pouce enfoncé dans l'encoche cubitale et appliqué sur la surface articulaire phalangienne.

On tire ainsi sur le petit doigt, appliquant exactement le bord antérieur devenu externe de la glène articulaire contre la face interne du métacarpien qu'on racle pour ainsi dire ; afin de mieux obtenir ce résultat, on force l'extension et l'adduction de la première phalange ; ce mouvement provoque aussitôt la flexion complète des deux autres phalanges.

Arrivé au niveau de la tête du métacarpien, le pouce conduit la base articulaire de la phalange de la face interne du métacarpien vers sa face dorsale.

La flexion de la phalangine et la rotation externe du doigt persistent tant que la base articulaire phalangienne n'a pas coiffé la tête métacarpienne.

A ce moment final de la réduction, la rotation se corrige brusquement en un ressaut, et le doigt, comme mû par un ressort, reprend sa position normale en faisant entendre un léger claquement.

Maintien de la réduction. — On entoure le petit doigt et l'annulaire d'une couche mince de coton ; on applique en extension le premier au second, les immobilisant l'un par l'autre, au moyen d'une bande de toile qui finit sur la main.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques.

Os. — La tête du cinquième métacarpien, comme celle de tout métacarpien, présente deux tubercules bien développés qui terminent en avant la surface articulaire ; celle-ci s'avance davantage vers la face palmaire et a plus d'étendue en dedans qu'en dehors, de façon à former un véritable condyle interne, c'est le contraire qui existe sur la tête métacarpienne de l'index, ainsi que M. Poirier l'a bien montré (1) : « les tubercules externes (radiaux) sont plus développés sur le pouce et l'index : ceux du médius sont sensiblement égaux ; de ceux du petit doigt, l'interne est notablement plus saillant que l'externe ; ceux de l'annulaire à peu près égaux, font une moindre saillie que les précédents et de plus, ils s'avancent moins sur la face palmaire du métacarpien ». Cette prolongation de la surface articulaire en dedans pour le cinquième, en dehors pour le second métacarpien est en rapport avec l'étendue des mouvements latéraux des doigts correspondants ; vers l'axe de la main ces mouvements sont limités par la rencontre avec les doigts voisins ; en dehors de cet axe, ils sont plus prononcés ; il faut aussi remarquer que, dans la position naturelle de la main les doigts étendus, l'auricu-

(1) Doigt à ressort. *Arch. gén. de méd.*, 1889, t. II, p. 149.

laire et l'index, l'auriculaire surtout, sont en légère abduction par rapport aux doigts du milieu.

La tête des métacarpiens, et par conséquent du cinquième, est plus étroite à sa partie dorsale qu'à sa partie palmaire ; le métacarpien du pouce fait seule exception et présente la même largeur de tête sur la nuque et sur la gorge ; le ligament glénoïdien et les ligaments latéraux en montant sur le dos du métacarpien, ne subissent donc pas de distension de ce fait.

Les oreilles ou tubercules d'insertion ligamenteuse ne sont pas sur le cinquième métacarpien, comme on le voit sur les métacarpiens du milieu, situés au même niveau d'une ligne transversale ; le tubercule rapproché de l'axe de la main est plus bas, le distal plus élevé ; celui-ci, par rapport à l'autre, est tout entier au-dessus de lui.

Le tubercule proximal est plus saillant, plus volumineux que le tubercule opposé ; la surface qui le sépare du rebord articulaire, plus courte, présente l'aspect d'une fossette profonde et rugueuse ; au contraire l'espace situé entre le tubercule distal et la tête articulaire est aplani.

Le tubercule phalangien proximal est aussi plus prononcé que le distal.

Ligaments. — Fibro-cartilage glénoïdien. — Le ligament glénoïdien de la cinquième articulation phalangienne est assez long pour que dans l'hyperextension du doigt, il recouvre sinon la totalité du moins la plus grande partie de la tête articulaire métacarpienne ; cette longueur, est en rapport avec l'étendue des mouvements normaux.

En bas, le ligament s'insère solidement au bord antérieur de la phalange, mais cependant d'une façon inéga-

lement résistante ; car le fibro-cartilage est aminci à sa partie moyenne, là où passent les tendons fléchisseurs ; ceux-ci compensent donc cette diminution de résistance dans le sens antéro-postérieur ; par contre ils seront d'un faible soutien dans un mouvement de tension latérale où le ligament sera réduit pour lutter à ses propres forces.

Le ligament contient le plus souvent dans son épaisseur un os sésamoïde interne, en forme de grain de riz, qui répond au tubercule, ou mieux au condyle articulaire interne du métacarpien ; celui-ci présente une facette par laquelle il prend contact avec le sésamoïde.

La partie interne du fibro-cartilage, qui contient le sésamoïde est plus épaisse, que l'externe, plus rigide ; or M. le professeur Farabeuf admet que, pour la production d'une luxation dorsale complexe, il faut une certaine rigidité du ligament antérieur ; c'est donc à la présence du sésamoïde interne et des attaches musculaires qui s'y établissent qu'il faudra attribuer l'irréductibilité possible des luxations dorsales de l'auriculaire.

Le sésamoïde est attaché à la phalange par des fibres ligamenteuses puissantes qui rendent son arrachement impossible ; la partie externe du fibro-cartilage plus faible, moins épaisse, dépourvue de sésamoïde, résistera avec moins de succès, à la torsion du doigt sur le métacarpien.

En haut, comme pour les autres articulations métacarpo-phalangiennes, le ligament glénoïdien est un anneau qui entoure presque sans adhérence le col du métacarpien (Cruveilhier).

De chaque côté le fibro-cartilage est uni aux faisceaux

glénoïdiens des ligaments latéraux qui forment avec lui une sorte de sangle, « jugulaire glénoïdienne qui embrasse étroitement la partie antérieure (bituberculeuse) de la tête métacarpienne » (Poirier).

En avant, il est intimement uni au fort ligament intercéphalique ou plutôt interglénoïdien du quatrième espace, qui, de la sangle glénoïdienne de l'annulaire, va comme un pont à la sangle glénoïdienne de l'auriculaire, passe au devant de celle-ci et s'insère au bord cubital du cinquième métacarpien. Ce ligament n'est qu'un épaississement de l'aponévrose interosseuse antérieure ; il sépare le lombrical qui passe en avant de lui, des interosseux situés en arrière.

Au devant de la partie moyenne du fibro-cartilage glénoïdien passent dans une gaine les tendons fléchisseurs ; cette gaine est formée : en partie des fibres latérales métacarpo-glénoïdiennes qui passent en avant et en arrière des tendons, en partie de fibres du ligament intercéphalique, en partie du faisceau de l'aponévrose palmaire bifurqué dont les fibres, passant de chaque côté de l'articulation, vont s'entrecroiser entre elles en arrière sur le dos des tendons extenseurs, et entourent ainsi le métacarpien et le doigt d'une véritable gaine fibreuse.

Il faut y ajouter les expansions fibreuses venues des deux tendons extenseurs, qui se dirigeant en avant, vont rejoindre le ligament glénoïdien.

L'appareil fibreux qui recouvre la sangle glénoïdienne la rattache donc surtout au métacarpien, tandis que les fibres mêmes qui la composent la font solidaire de la phalange ; dans l'extension, cet ensemble de fibres périglénoïdien-

nes, retient la sangle au métacarpien. « Le tendon des fléchisseurs appuie fortement sur la partie antérieure de la tête du métacarpien ; la gaine du tendon, les fibres de l'aponévrose interosseuse antérieure qui s'attachent au bord supérieur du ligament glénoïdien, et aussi les languettes de l'aponévrose palmaire contribuent à limiter ce mouvement » (Jalaguier) (1).

Les fibres propres du ligament glénoïdien sont dirigées longitudinalement de haut en bas, tandis que les fibres surajoutées des aponévroses et ligaments voisins ont une direction transversale ; les fibres propres très résistantes à la fraction dans le sens de leur longueur cèdent plus facilement à la torsion qui met au contraire en valeur la force des fibres transverses.

Ligaments latéraux. — Nous rappellerons au point de vue de l'insertion métacarpienne les paroles du professeur Farabeuf : la facette d'insertion se divise en deux parties, une partie dorsale où s'insère le ligament métacarpo-phalangien, une partie palmaire où s'insère le ligament métacarpo-glénoïdien ; celui-ci par ses fibres les plus profondes et les plus courtes prend attache à la partie tout inférieure de la facette, près de la face palmaire et loin du front du métacarpien ; le premier s'insère près du front et loin de la face.

Le métacarpo-glénoïdien se disperse en éventail sur les bords du fibro-cartilage : le métacarpo-phalangien est rassemblé en une corde ligamenteuse, d'une épaisseur qui égale parfois celle du ligament latéral interne du genou

(1) JALAGUIER, *Arch. gén. de médecine*, 1886, p. 429, tome I.

(Poirier); il est donc très résistant ; il s'insère sur le tubercule phalangien correspondant tout près de la face palmaire de la base phalangienne.

Le métacarpo-glénoïdien, dans son territoire inférieur palmaire, fait de fibres courtes, est pour ainsi dire adapté à la petite distance qui sépare ses insertions ; il sangle le col du métacarpien. Dans l'extension il est de suite tendu, et dans le premier degré de la luxation postérieure, ses fibres sont déchirées.

Les fibres métacarpo-glénoïdiennes, dont l'insertion sur le métacarpien se fait à égale distance de la gorge et de la nuque, passent à frottement contre la partie bombée inférieure de la tête, et lorsque celle-ci n'est pas arrondie, mais légèrement angulaire, elles marquent un ressaut à l'aller et au retour (doigt à ressort de Poirier). Dans le premier degré de la luxation en arrière elles restent intactes.

Le ligament métacarpo-phalangien se tend en flexion : plus on exagère l'extension, plus il se relâche ; cela se comprend aisément puisque ces insertions se rapprochent.

Quelle est la valeur respective des deux ligaments métacarpo-phalangiens du cinquième doigt ?

Le ligament externe est plus épais, plus court, plus résistant ; il est seul à lutter contre l'abduction du petit doigt par rapport à l'axe de la main, abduction normale faite par les muscles sésamoïdiens internes (court fléchisseur, abducteur), et abduction forcée, violente, traumatique ; il n'a pour le soutenir dans sa résistance que deux petits muscles, le lombrical, et l'interosseux palmaire du

quatrième espace ; aussi sa force est-elle grande. Le ligament interne est moins robuste, ainsi que le faisaient présumer les traces plus faibles de ses insertions sur l'os sec ; il est moins épais et plus long ; mais il est renforcé par les extensions dorsales des court abducteur et court fléchisseur, et peut être suppléé par les ligaments actifs que forment les tendons de ces muscles en s'insérant sur le côté cubital de la base phalangienne et sur l'os sésamoïde interne ; du reste la rencontre avec les autres doigts dans le renversement latéral externe de l'auriculaire rend ce mouvement difficile et moins dangereux.

Il n'y a qu'une capsule lâche en arrière de l'articulation ; les deux tendons extenseurs réunis forment les ligaments actifs postérieurs, avec leurs expansions latérales émises par chacun d'eux, qui se superposent, et contournent l'articulation ; elles rencontrent d'abord les expansions venues du côté interne des court abducteur et court fléchisseur, puis du côté externe les expansions en éventail émanées du lombrical et de l'interosseux palmaire ; après cette union elles n'en continuent pas moins leur trajet en avant, contournant l'articulation et vont se jeter dans le ligament glénoïdien.

En réalité, ces tendons n'ont qu'un rôle accessoire et les vrais ligaments postérieurs sont les ligaments métacarpo-phalangiens.

CHAPITRE III

Mécanisme. Expérimentation.

Pour aboutir expérimentalement à la reproduction exacte du cas observé nous avons dû employer sur le cadavre une série compliquée de manœuvres ; il nous faut faire remarquer que ces manœuvres peuvent ne pas avoir été nécessaires dans leur totalité sur le vivant ; car ici la contraction musculaire s'ajoute et peut faciliter la déviation ; ainsi supposons par exemple la base phalangienne de l'auriculaire, dépourvue totalement de liens ligamenteux avec le métacarpien, conservant cependant son fibrocartilage, transportée en totalité de sa situation normale, en dedans de la tête métacarpienne, et faisons contracter les muscles sésamoïdiens internes ; la phalange chevauchera le métacarpien et subira sur elle-même du fait de la direction des muscles une rotation d'un quart de tour, de telle sorte que la face palmaire, au lieu de regarder en avant sera tournée en dehors, et s'appliquera contre la face interne du métacarpien. Quoi qu'il en soit, cette rotation, ainsi aidée par la contraction musculaire pendant la vie, est très pénible à l'amphithéâtre. Bien que le mécanisme expérimental puisse différer par sa complexité de la réalisation de la luxation sur le vivant, on obtient sûrement une déformation en tout semblable à celle qui fut obser-

vée par la succession des différents mouvements ou temps suivants.

1^{er} TEMPS. — *Luxation dorsale incomplète, le doigt éloigné de l'annulaire, en abduction par rapport à l'axe de la main.*

Cette luxation est incomplète parce que nous n'amenons sur le dos du métacarpien, au-dessus de la surface cartilagineuse, que la base de la phalange, et non la sangle glénoïdienne : celle-ci est, sur les quatre derniers doigts et par conséquent sur le 5^e qui nous occupe, plus longue que celle du pouce ; cette longueur varie du reste avec les sujets ; en général, lorsque la base phalangienne est tout entière passée au-dessus de la tête articulaire, le ligament glénoïdien qui a suivi, recouvre presque entièrement encore cette tête métacarpienne ; son bord supérieur a brisé ses fines attaches capsulaires ; quelques fibres seulement des ligaments latéraux métacarpo-glénoïdiens se sont rupturées ; ce sont les plus courtes, les plus rapprochées de la face palmaire.

Il en résulte que, contrairement à ce qui se passe pour le pouce, la sangle glénoïdienne, après ce premier temps de renversement, tient encore ferme au métacarpien.

Après ce renversement sur le cadavre, il suffit de pousser légèrement en bas avec le doigt la première phalange perpendiculairement sur le métacarpien pour lui voir descendre immédiatement la tête articulaire. C'est que le sillon qui limite le cartilage, de cette tête, est peu profond ; il est indéniable que sur le vivant cette première étape n'aurait pas la moindre stabilité et que sous l'action tonique des muscles, les rapports normaux seraient bien vite rétablis.

2° TEMPS. — *Rotation et translation en dedans de la phalange autour de la tête métacarpienne, sur le bord cubital.*

C'est le temps important : on saisit à pleine main la première phalange luxée en arrière, et tout en maintenant le bord palmaire de sa glène sur la nuque du métacarpien, on la rabat de la position perpendiculaire vers le parallélisme avec le métacarpe ; c'est l'amorce, le premier degré du chevauchement.

A ce moment, en employant beaucoup de force, on conduit le bord palmaire de la base articulaire phalangienne, du dos, vers le côté cubital du métacarpien, par un double mouvement de translation, en dedans et de rotation, de révolution en quart de cercle, de façon que la face dorsale du doigt regarde directement en dedans et la face palmaire vers l'annulaire. La résistance à vaincre est considérable ; on recommence plusieurs fois les efforts ; une série de petits craquements se font entendre pendant ce deuxième temps.

3° TEMPS. — *Chevauchement.* — Il doit immédiatement succéder, sans intervalle au précédent, et consiste à faire chevaucher la phalange sur le métacarpien par des poussées successives, afin de fixer la luxation et dans le but de la parfaire, de l'aggraver.

Résultat. — Le résultat de ces manœuvres est une luxation cubitale du petit doigt, absolument comparable à celle qui fait le sujet de notre observation ; la déformation est la même, comme le montrent les figures 2 et 3 et il est inutile de la décrire à nouveau.

Deux particularités visibles sont à retenir : la saillie de la base phalangienne vers la face palmaire, et l'extension de la dernière phalange sur la seconde fléchie.

La réduction de cette luxation demande le parcours en sens inverse du chemin effectué par la base phalangienne pour la luxer ; c'est ce trajet (retour sur le dos du métacarpien en grattant celui-ci du rebord palmaire de la phalange, puis flexion de celle-ci) qui nous a facilité la réduction sur le vivant.

Si l'on est tenté de simplifier les manœuvres ci-dessus décrites, on obtient la plupart du temps des déviations différentes qui n'ont avec la luxation cubitale vraie qu'une analogie très éloignée, et dont les lésions sont bien différentes ; pour la clarté de l'exposition, nous remettons leur description à la fin du chapitre de dissection.

Les expériences cadavériques, doivent porter sur des sujets adultes : on n'a pas alors à se préoccuper de décollements épiphysaires venant compliquer la luxation ; malgré ce soin, il arrive souvent que des fractures en V du métacarpien (mouvement de torsion), des fractures épiphysaires de la tête métacarpienne et de la base phalangienne, se substituent à la luxation cherchée, empêchent sa production, ou modifient ses caractères.

CHAPITRE IV

Dissection

État des ligaments et des tendons.

Le *premier temps* d'hyperextension laisse tous les organes péri-articulaires dans une position très voisine de la normale : les tendons fléchisseurs sont tendus au devant de l'article, les tendons extenseurs sont relâchés ; les ligaments métacarpo-phalangiens sont relâchés ; le ligament glénoïdien, véritable prolongement de la phalange, suit celle-ci dans son déplacement ; déplié, puis distendu, il est en contact intime avec la bosse articulaire céphalique, et quelques-unes des fibres courtes, palmaires, des ligaments métacarpo-glénoïdiens, seules, ont été déchirées. Pour que la sangle franchisse la tête, il serait nécessaire de faire chevaucher la base phalangienne, sur le dos du métacarpien, un espace égal à sa longueur, c'est-à-dire un centimètre ; mais nous arrêtons ce premier temps au moment où le bord antérieur de la base phalangienne a dépassé le bord cartilagineux de la tête, la sangle n'a donc aucune tendance à la luxation.

Le ligament intercéphalique est tendu ainsi que l'aponévrose inter osseuse antérieure et la languette correspondante de l'aponévrose palmaire ; ces parties fibreuses retiennent appuyée contre le métacarpien la sangle glénoïdienne que la phalange entraîne. Le lombrical obligé pour atteindre le bord des tendons extenseurs de passer au

devant du ligament intercéphalique subit une distension du fait du renversement du doigt en arrière ; les muscles sésamoïdiens (court abducteur et court fléchisseur) sont aussi légèrement distendus.

La dissection montre qu'au début du *second temps*, alors que la phalange est rabattue au parallélisme avec le métacarpien et chevauche en partie, il existe une menace d'interposition des parties molles anté-articulaires entre les deux os ; le fibro-cartilage s'est replié sur lui-même au niveau de son insertion phalangienne ; les tendons des fléchisseurs, obligés de suivre le trajet de leur gaine, qui du milieu du fibro-cartilage passe sur la face antérieure du doigt, se sont coudés au niveau de l'angle ainsi formé. Le tablier glénoïdien n'a pas bougé de place pendant que la phalange était rabattue. Le muscle lombrical est moins tendu, du fait de ce rabaissement de la phalange. Les ligaments latéraux métacarpo-phalangiens sont encore moins distendus, s'il est possible, que dans le premier temps ; car leurs insertions inférieures et supérieures se touchent.

La manœuvre de translation et de rotation interne va changer la face des choses. Elle met en jeu la résistance de ces ligaments, mais de façon différente pour chacun d'eux ; si le mouvement de translation existait seul, de façon que la phalange vînt se placer sans tourner à côté du métacarpien, les deux ligaments seraient au même titre distendus et déchirés ; mais à ce mouvement de translation s'en ajoute un autre de rotation ; il en résulte que le ligament interne sans être indemne de toute atteinte est cependant ménagé, et que presque tout l'effort

porte sur l'externe dont les fibres pourtant si puissantes sont déchirées et brisées. Le plus souvent il ne se rupture pas brusquement ; il se désinsère soit de la phalange, soit

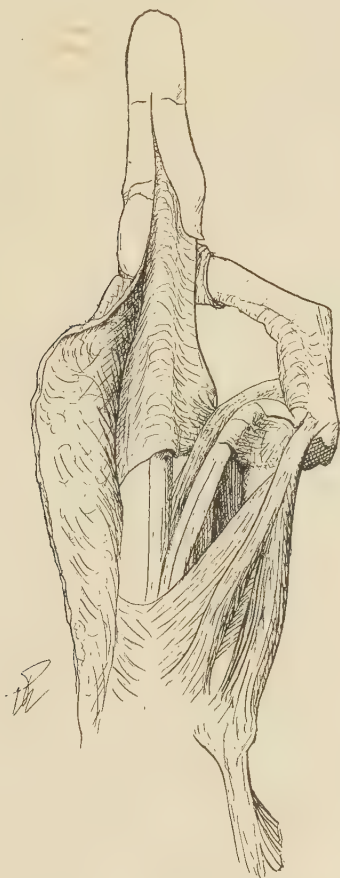


Fig. 2.

encore du métacarpien ; un lambeau périostique suit le ligament qui a l'air de s'allonger. Quant au ligament interne, ses fibres sont tordues, et les premières désinsérées

se comptent parmi celles qui s'attachent le plus près de la face dorsale du métacarpien ; à la fin de ce deuxième temps, on constate qu'il existe encore des fibres intactes de ce ligament interne.

Le fibro-cartilage glénoïdien est certainement l'organe le plus intéressant à observer. De la façon dont il se comporte, dépend l'avenir de la luxation. Il est le point capital à étudier et son attitude domine les autres lésions et commande la déformation. Ses fibres longitudinales propres, fixées au rebord phalangien antérieur, sollicitées en masse par une traction exercée sur la phalange, peuvent résister indéfiniment ; mais ici la manœuvre qui met en jeu leur force de résistance est un mouvement de rotation ; de plus, l'effort du traumatisme ne s'exerce pas en même temps sur la totalité des fibres, mais successivement sur chacune d'elles, s'attaquant d'abord aux fibres les plus externes, puis après leur déchirure, à celles qui les suivent, dans l'ordre où elles se présentent de dehors en dedans. L'arrachement s'arrête aux fibres internes qui forment un véritable ligament phalango-sésamoïdien ; la déchirure ne les atteint pas ; leur nombre et leur force n'expliquent qu'en partie cette absence de lésions ; il faut aussi faire intervenir la transmission plus difficile de la violence sur une partie du bord phalangien, voisine de la face interne, par manque d'appui osseux.

Pour bien concevoir la possibilité du fait de la déchirure glénoïdienne par rotation, il faut faire abstraction du mouvement simultané de translation interne de la phalange, et supposer d'autre part déchiré le ligament externe dont la rupture est le fait de cette translation ; il faut avoir

présente à l'esprit la tension glénoïdienne sur la bosse céphalique métacarpienne et la position de la phalange située tout entière en arrière de cette tête, reposant sur sa nuque par son bord antérieur. Dans ces conditions,



Fig. 3.

effectuez la rotation de la phalange sur elle-même, suivant son axe longitudinal, ou mieux, faites rouler la phalange vers le bord cubital : la déchirure des fibres s'effectuera une par une, depuis la plus externe jusqu'à l'interne ;

il a donc fallu deux conditions à cette rupture, la tension préalable des fibres glénoïdiennes et le mouvement tournant de roue du rebord articulaire. Cette image n'est évidemment pas conforme à la réalité où le dédoublement des mouvements n'existe pas ; je ne me la suis permise que pour faire saisir le mécanisme de cette lésion capitale : la séparation du glénoïdien de la phalange dans sa partie externe et moyenne, la partie interne ou ligament phalango-sésamoïdien restant intact.

On trouve toujours, comme conséquence de cette rupture glénoïdienne partielle, une ouverture plus ou moins grande de la gaine des fléchisseurs, siégeant juste au niveau de l'interligne métacarpo-phalangien ; les deux tronçons de la gaine attiennent, le supérieur à la sangle glénoïdienne restée en contact de la tête métacarpienne, l'inférieur à la face palmaire de la phalange déplacée ; entre ces deux parties les tendons fléchisseurs sont à nu sur une distance qui augmente tant que le déplacement s'accroît. A la fin du 2^e temps les tendons sont très distendus ; obligés de retrouver au sortir de la gaine glénoïdienne leur gaine digitale, ils contournent en son milieu la bosse céphalique et se dirigent d'abord en bas et en dedans, remontent en haut et en dedans, s'insinuent entre les deux os, se replient sur eux-mêmes et changeant de nouveau de direction retrouvent leur gaine digitale dans laquelle ils descendent vers les dernières phalanges (fig. 2).

Il est possible que sur le vivant la contraction violente des muscles modifie ce trajet compliqué des tendons en provoquant des déchirures de leur gaine ; mais sur le cadavre ils suivent docilement la phalange déplacée.

Les muscles lombrical et interosseux palmaire situés le premier en avant du ligament intercéphalique, le second en arrière de ce ligament, sont tirailés à l'extrême. Le lombrical est couché sur le côté externe des tendons fléchisseurs ; se dirigeant en bas et en dedans, il passe à frottement sur le ligament inter-glénoïdien, contourne la tête métacarpienne, et vient s'éparpiller en éventail sur le bord correspondant des tendons extenseurs ; il forme par dessous la tête du métacarpien, entre elle et l'aponévrose superficielle de l'espace interdigital, une bride saillante qui traverse cet espace en diagonale. Le tendon du muscle interosseux palmaire contourne la tête du métacarpien, en arrière du ligament intercéphalique ; il la contourne complètement par le faisceau fibreux inséré sur le côté de la base phalangienne (fig.3) ; ses autres fibres s'éparpillent vers les bords des tendons extenseurs.

Ceux-ci sont obliques en bas et en dedans ; ils ne recouvrent plus toute la face postérieure de la première phalange, mais n'atteignent le milieu de la face dorsale du doigt qu'à environ deux centimètres au-dessus de l'articulation phalango-phalangienne.

Les muscles sésamoïdiens de l'éminence hypothénar n'ont pas subi de modifications ; le transport cubital de la phalange les aurait distendus, mais la rotation en dedans simultanée, a effectué leur relâchement.

Le *chevauchement de la phalange* le long de la face interne du métacarpien a pour résultat d'aggraver les lésions déjà constatées ; elle accentue la déformation ; le ligament latéral externe métacarpo-phalangien se décolle avec le périoste et s'allonge de plus en plus ; il forme en

arrière du métacarpien une bride fibreuse, peu résistante il est vrai, mais qui contribue à maintenir, à fixer, sur le cadavre tout au moins, la phalange parallèle au métacarpien ; le ligament latéral interne se déchire totalement ; le décollement périostique se fait le plus souvent sur le métacarpien.

A mesure que la phalange remonte, le ligament glénoïdien découvre la tête de bas en haut, et vient peu à peu, en se plissant, se loger sous la gorge du métacarpien au-dessus du cartilage articulaire ; de sorte que, tous les organes péri-articulaires remontant vers le poignet, laissent, saillante et dépourvue de parties molles, la tête du métacarpien ; placée dans l'espace qui sépare la phalange luxée du quatrième doigt elle possède autour de son col un véritable anneau ostéo-fibreux constitué, en avant par la sangle glénoïdienne, en arrière par les débris du ligament latéral externe, en dehors par la tête métacarpienne, en dedans par la face antérieure même de la phalange déplacée.

Les tendons fléchisseurs, de plus en plus distendus et forcés de remonter plus haut chercher l'ouverture de leur gaine digitale, tendent à se placer en dehors de la tête métacarpienne, à cheval sur le ligament intercéphalique. Les muscles lombrical et interosseux palmaire voient aussi s'accroître leur tension ; il n'est pas rare de constater la rupture musculaire de l'interosseux. Les muscles de l'éminence hypothénar sont raccourcis par rapprochement de leurs insertions.

La déformation arrivée à cet état montre trois caractères particuliers que nous allons mettre en relief ; ce sont :

1° la saillie de la base phalangienne vers la paume, 2° la flexion de la phalangine sur la phalange et l'extension de la phalangette dans la continuité de la phalangine, 3° la fixité de la déviation.

La saillie de la base phalangienne vers la paume peut tenir à deux causes diverses ; la première est que la seule attache qui persiste encore dans son intégrité sur la phalange est le ligament phalango-sésamoidien interne ; or la sangle glénoïdienne est restée palmaire et par conséquent dirige vers la paume la base phalangienne ; la seconde tient à la déclivité normale de la face latérale interne du cinquième métacarpien ; cette face regarde en effet en dedans et en avant.

La flexion de la phalangine est évidemment due à la distension du fléchisseur superficiel contre laquelle ne peuvent lutter avec succès les muscles lombrical et interosseux, tirant sur les tendons extenseurs ; mais alors pourquoi la phalangette n'est-elle point fléchie comme la phalangine ? Serait-ce que le tendon fléchisseur profond est moins tendu que le superficiel ? Cela peut être ; en effet, si l'on remarque que le lombrical distendu ne tire pas seulement en bas sur son insertion aux tendons extenseurs, mais aussi en haut sur le tendon fléchisseur profond d'où il naît, on se rendra compte que cette tension doit aboutir au relâchement du fléchisseur ; plus la phalange se déplacera, plus le lombrical sera tendu, plus aussi il exercera de traction sur son attache originelle au tendon fléchisseur et le faisceau charnu qui aboutit à celui-ci, sera pour ainsi dire continué par le lombrical. Ce relâchement relatif du tendon fléchisseur profond ainsi

obtenu, laisse au muscle interosseux palmaire la facilité de produire son action sur la phalangette c'est-à-dire de la placer en extension.

La fixité de la déformation peut être envisagée distinctement sur le cadavre et sur le vivant ; sur le cadavre elle est due en totalité à la disposition des parties ligamenteuses ; en effet, si l'on remarque que les débris du ligament latéral externe sont suffisamment résistants pour brider la partie dorsale du métacarpien tout en restant attachés à la phalange, et que d'autre part le ligament glénoïdien subsiste en avant du métacarpien on comprendra que la phalange luxée ait une certaine immobilité, appliquée intimement contre le métacarpien. La stabilité de la luxation sur le vivant doit être attribuée à des facteurs musculaires ; d'une part, en arrière, les extenseurs attirent en haut et en dehors la première phalange sur la base de laquelle ils prennent normalement insertion (Duchenne, Cruveilhier), mais le ligament glénoïdien, resté palmaire, fixé en dehors au métacarpien et au ligament inter-céphalique, s'oppose à ce mouvement et le résultat de l'effort musculaire est un contact plus intime des deux os luxés dans leurs rapports nouveaux ; d'autre part, les muscles lombrical et interosseux contraires à la translation et à la rotation en dedans effectuées, s'opposent aux muscles sésamoïdiens favorables à ce mouvement, court fléchisseur et court abducteur ; de plus la contraction de ces derniers retient la phalange élevée dans sa position de chevauchement, tandis que l'action des fléchisseurs dont les tendons contournent la tête métacarpienne tend au résultat opposé.

Dans le cours des expériences, par défaut d'application stricte du mécanisme décrit, nous avons produit des pseudo-luxations cubitales qui n'ont avec le type décrit qu'une analogie très éloignée.

Ainsi si on établit dès le premier temps une luxation dorsale complète, c'est-à-dire, si l'on fait passer le fibro-cartilage glénoïdien derrière la tête métacarpienne, tous les efforts consécutifs de rotation et de translation en dedans de la phalange ne rendront pas la luxation latérale ; en admettant en effet que le fort ligament métacarpo-phalangien externe soit brisé, que le métacarpo-glénoïdien du même côté se désinsère du métacarpien, il restera encore pour retenir en arrière la sangle glénoïdienne, le ligament transverse ou intercéphalique ; celui-ci, qui se rend du tablier glénoïdien de l'annulaire au fibro-cartilage luxé, traverse en diagonale le quatrième espace inter-osseux, de la partie antérieure et externe à la partie postérieure et interne ; il concourt donc, avec l'aide du glénoïdien luxé, à brider la partie dorsale de la tête métacarpienne, et les efforts de translation en dedans de la phalange, auront surtout pour effet de rejeter en avant et en dehors cette tête métacarpienne. Si l'on sectionne le ligament intercéphalique, la phalange pourra bien se transporter en dedans, mais ses moyens de fixité seront réduits à ses attaches internes et le doigt oscillera en position indifférente autour de celles-ci comme centre.

Une autre manœuvre consiste, au commencement du deuxième temps, à profiter du levier que présente la phalange, placée perpendiculairement au métacarpien, pour produire la translation en dedans ; ce mouvement facilite

beaucoup la rupture du ligament externe, mais n'effectue pas la séparation du fibro-cartilage glénoïdien de la phalange dans ses deux tiers externes ; la violence agit par traction sur ce fibro-cartilage et non par rotation de la phalange sur elle-même suivant son axe ; il en résulte que le glénoïdien résiste à merveille, qu'il suit la phalange, qu'il décoiffe la tête articulaire métacarpienne de dehors en dedans et qu'il vient se loger sur le côté interne et antérieur de la tête ; la base cartilagineuse de la phalange qui lui est attenante partage la même position ; le doigt est perpendiculaire au métacarpien ; il est dirigé transversalement en dedans ; sa face palmaire regarde en avant.

Que faudrait-il faire pour corriger cette position du doigt et la ramener au type de déformation que nous a présenté notre malade ? il faudrait d'abord redresser l'auriculaire et l'amener au parallélisme avec le métacarpe, puis lui faire effectuer une rotation suivant son axe, de façon que la face palmaire au lieu d'être antérieure, regarde en dehors. Ces deux mouvements sont ceux précisément qui avaient été oubliés ; en réalité la transformation sur le cadavre de cette fausse luxation en luxation type est impossible : le ligament glénoïdien, dont les fibres ne sont plus écartées et tendues par la tête métacarpienne, mais ramenées en faisceau, ne se déchirent pas ; le ligament est seulement tordu, et tout l'effort n'aboutit qu'à repousser vers le quatrième métacarpien la tête du cinquième ; le doigt laissé à lui-même revient à sa position première.

CHAPITRE V

Pronostic. Traitement.

Le *pronostic* de la luxation latérale observée a été très bénin, et la *réduction* s'est effectuée très simplement ; nous pensons d'après nos dissections, qu'il est impossible qu'il en soit autrement dans les luxations vraiment latérales, *à cause de la position antérieure du ligament glénoïdien* ; le trajet des tendons fléchisseurs est, au point de vue de la réductibilité, la particularité la plus digne de remarque ; dans le cas simple où ils sont seulement interposés entre les deux os, allant de leur gaine glénoïdienne à leur gaine digitale, ils constituent pour ainsi dire le fil d'Ariane qui guidera la phalange vers sa position articulaire normale ; on pourrait prévoir des cas compliqués ; nous resterons dans le domaine des faits.

CHAPITRE VI

Comparaison avec les luxations latérales du pouce.

Dans un travail publié en 1889, Bessel Hagen (1) donne la première observation de luxation en dehors du pouce.

OBSERVATION (Résumée) (2). — La lésion survint dans une rixe chez un homme de 28 ans. Voici quels étaient les symptômes. L'axe de la première phalange du pouce gauche n'est plus sur le prolongement de l'axe du métacarpien. Il est obliquement dirigé de façon à former avec celui du métacarpien un angle obtus ouvert en dehors. En suivant la phalange de bas en haut, on constate que son extrémité supérieure ne correspond plus au métacarpien, mais qu'elle est située en dehors à peu près au milieu de cet os. Le pouce est en légère rotation, de telle sorte que la face dorsale regarde un peu en dehors. Entre le pouce et l'éminence thénar la peau fait un pli profond. Le raccourcissement est environ d'un centimètre et demi. Entre le pouce et l'index, au niveau de la commissure, on sent facilement la tête du premier métacarpien. On peut produire des mouvements d'adduction et d'abduction, tous les autres mouvements sont limités. Les seuls mouvements actifs possibles sont ceux de flexion et d'extension de la dernière phalange. La réduction se fit facilement ; une forte traction dans la direction de l'abduction accompagnée d'une pression directe sur la base de la phalange ramena les os en place, bien que la chloroformisation ne fût pas complète. Dès que la réduction fut obtenue, tous les mouvements redevinrent possibles. Pansement immobilisateur. Trois semaines plus tard on constata un élargissement considérable de la tête du métacar-

(1) BESSEL HAGEN, Luxations latérales du pouce, *Arch. f. klin Chir.*, vol. XXXVII, fasc. 3, p. 386, 1889.

(2) *Revue de Hayem*, n° 35, p. 636.

pien, élargissement dû à une prolifération osseuse au niveau de l'insertion déchirée du ligament latéral interne ; tous les mouvements s'accomplissaient intégralement et régulièrement.

A propos de cette observation qui nous paraît très nette comme luxation latérale du pouce, nous voudrions montrer les analogies qui existent entre elle et la luxation cubitale du petit doigt, au point de vue du mécanisme et de l'anatomie pathologique. Chemin faisant, nous présenterons quelques observations.

Bessel Hagen cherche le mécanisme de la luxation latérale externe du pouce ; il admet qu'il faut pour la produire l'action combinée d'une force qui agit comme un levier dans le sens de l'abduction, et d'une pression directe agissant dans le même sens sur l'extrémité supérieure de la première phalange.

« J'ai attribué, dit-il, à la contraction du muscle opposant, ou plutôt à la position du premier métacarpien fixé par cette contraction, et aussi à la position en extension de l'articulation métacarpo-phalangienne une influence qui pourrait favoriser la luxation ; mais j'ai accepté comme cause essentielle l'action combinée d'une force séparant les surfaces articulaires dans le sens de l'abduction, et d'une pression directe sur l'extrémité articulaire proximale (supérieure) de la première phalange du pouce, pression simultanée et agissant dans le même sens. »

Il admet 2 sortes de luxation latérale externe, l'une incomplète où le seul ligament cubital (interne) est brisé, l'autre complète où les deux ligaments latéraux sont déchirés ; il insiste beaucoup sur ce dernier point de la rupture totale des deux ligaments latéraux, et en fait le signe

capital qui distingue les luxations latérales des luxations dorsales et palmaires.

Evidemment dans les luxations dorsales un des ligaments est moins atteint, ou du moins n'est lésé qu'en second lieu ; le premier qui se déchire sous la sollicitation de la violence causale cause la variété de luxation en permettant le déplacement des tendons et du doigt tout entier du côté du ligament opposé ; mais ces différences observées dans les lésions ligamenteuses n'ont pas l'importance diagnostique que l'auteur leur attribue.

Pour ce qui est des luxations palmaires, l'auteur s'appuie sur les expériences de Kœnig. Mais les expériences de Kœnig sont en complète contradiction avec celles de Lorinser, de M. Foucaut et du professeur Farabeuf, qui démontrent que le déplacement en avant ne peut se produire qu'à la condition de la rupture complète des deux ligaments latéraux.

En parlant des luxations palmaires, l'auteur tient à peine compte de la situation du ligament glénoïdien qui cependant seule importe ; de même quand il affirme l'impossibilité de transformation des luxations postérieures en luxations latérales, il donne pour raison la situation définitive des muscles et des tendons vis-à-vis de la tête métacarpienne, sans citer la position de la sangle glénoïdienne.

Cette importance extrême attribuée au degré des lésions ligamenteuses ne doit pas être acceptée ; nous pensons pour notre part que la position du tablier glénoïdien est seule décisive, à la fois pour définir la variété de luxation et pour en apprécier la gravité. Dans les luxations

dorsales, le ligament glénoïdien est en arrière de la tête métacarpienne ; dans les luxations palmaires et dans la luxation latérale externe il se trouve situé en avant ; dans les premières il peut en se retournant sur le dos du métacarpien déterminer l'irréductibilité, tandis qu'il n'y a pas à proprement parler d'irréductibilité dans les autres luxations, mais seulement des difficultés tenant à la position des tendons extenseurs et fléchisseurs. Nous disons que dans cette luxation externe du pouce la sangle glénoïdienne est en avant du métacarpien ; c'est ce qui ressort en effet de l'étude d'une des figures accompagnant le texte de Bessel Hagen, montrant la dissection d'une luxation expérimentale ; dans notre cas de luxation cubitale du 5^e doigt la sangle glénoïdienne aussi est restée antérieure : la différence est qu'ici elle ne tient plus à la phalange que par ses attaches internes pourvues d'un os sésamoïde tandis qu'au pouce les deux sésamoïdiens sont reliés à la phalange par des attaches trop puissantes pour être jamais rompues (Farabeuf).

Si l'on suit expérimentalement le mécanisme de la luxation latérale externe tel que l'ont établi les expériences de Bessel Hagen (abduction, et pression directe de la phalange dans le même sens), on voit, après la déchirure du ligament interne, l'articulation bailler et s'ouvrir en dedans, puis la phalange se transporter en dehors faisant violence au ligament latéral externe, le repoussant par sa face articulaire, le décollant de son insertion métacarpienne ; la sangle glénoïdienne suit la phalange et décoiffe de dedans en dehors la face articulaire du métacarpien. Le côté interne de la base phalangienne libéré d'attaches

ligamenteuses peut *a priori* se placer sur le côté externe du métacarpien, sur sa face postérieure, sur sa face antérieure; la position dorsale, moins compliquée, s'accommodant d'un minimum de lésions, doit être fréquente; sur les figures du mémoire de Bessel Hagen, la phalange ne regarde pas directement en dehors, mais en dehors et en arrière; mais pour acquérir cette position n'a-t-elle pas dû en même temps que se produisait le mouvement de translation totale en dehors, effectuer un léger mouvement de rotation qui a porté la partie interne de sa base en arrière. Nous retrouvons donc ici notre mouvement combiné de transport et de rotation qui nous a servi à produire notre luxation cubitale du petit doigt.

Nous remarquerons encore que tant dans la luxation latérale du pouce que dans la luxation latérale du cinquième doigt, le premier ligament brisé a été le plus fort, le plus épais, celui qui s'oppose au déplacement du doigt loin de l'axe de la main; c'est que la violence du traumatisme s'exerce plus facilement en dehors de cet axe, et que la rencontre des autres doigts dans l'adduction forcée rend plus difficile la réalisation d'un déplacement vers le médius.

CONCLUSIONS

I. Il existe une luxation latérale de l'auriculaire, d'origine traumatique, sur la face cubitale du cinquième métacarpien.

II. La déformation qu'elle entraîne est caractéristique : saillie de la phalange sur le bord cubital de la main, flexion de la phalangine, extension de la phalangette, rotation du doigt de telle sorte que sa face palmaire regarde en dehors.

III. L'état de la sangle glénoïdienne est le fait important ; elle est déchirée dans ses deux tiers externes, à son insertion phalangienne ; elle reste antérieure à la tête métacarpienne ; dans le chevauchement elle est entraînée sous la gorge de cet os, par la phalange, à laquelle restent fixées les attaches sésamoïdiennes internes.

IV. Le pronostic est bénin, la réduction facile.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, St-Dizier (Hte-Marne).
